

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Dykkar ref.: 23/1237
Vår ref.: 2023/5237 - 72617/2023

Saksbehandlar:
Simon Nygaard Øverland

Dato:
27.06.2023

Høyringsfråsegn til NOU 2023:8 «Fellesskapets sjukehus»

Helse Bergen HF har diskutert rapporten i ei rekke møter, råd og utval våren 2023 før styret handsama høyringssvaret i sitt møte den 19. juni 2023.

Tittelen «Fellesskapets sjukehus» peiker i retning av viktige overordna mål og føresetnader for ein robust offentleg spesialisthelseteneste med høg kvalitet. Rapporten gir eit godt grunnlag for diskusjonar om korleis sjukehusa bør bli styrt for å sikre at alle innbyggjarane har tilgang til forsvarlege, trygge og omsorgsfulle sjukehusstenester. Helse Bergen er einig i utvalet si oppsummering; stoda etter 20 år med føretaksmodellen er at kvaliteten og effektiviteten i sjukehusa er god. Vi er også einig i at det er potensiale for betre utnytting av kapasitet og kompetanse. Betre overordna styring av oppgåvedelinga mellom sjukehusa og dei andre delane av spesialisthelsetenesta kan vere ein nøkkel for å ta ut dette potensialet.

I dette høyringssvaret vil vi først presentere fem prioriterte tilbakemeldingar før vi gir kommentarar til hovudkapitla i utvalet sin rapport:

1. Helse Bergen meiner føretaksorganiseringa har bidratt til ein positiv utvikling av sjukehusa og vi støtter ein vidareføring og vidare utvikling av denne modellen.
2. Drifts- og investeringsøkonomi bør framleis vere samla i sjukehusa. Denne modellen gir den beste balansen mellom handlingsrom, ansvar og tilpassing til lokale behov.
3. Samhandling er avgjerande for at sjukehusa skal nå måla sine. Helsefellesskapa må utviklast vidare med styrka gjennomføringskraft. Felles øyremerka midlar som legg einigheit om prioriteringar til grunn kan vere eit godt tiltak for forpliktande felles planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerer av tiltak. Det er eit viktig premiss at både medarbeidarar, pasientar og brukarar medverkar på dei ulike nivåa.
4. Gjennomføring av utvalet sine forslag vil krevje ein styrking av sjukehusa sin økonomi.
5. Sjukehusa treng sjølvstende og handlingsrom til å styre verksemda slik at vi kan løyse våre kjerneoppgåver effektivt. Samstundes er det behov for overordna styring i viktige spørsmål om prioritering, avtaler og oppgåvedeling.

Styring og ansvarsforhold – demokratisk og politisk medverknad

Helse Bergen støttar utvalet sine vurderingar om at sjukehusa treng handlingsrom til å ta avgjersler i tråd med ansvaret for eigen verksemd. Vekt på vedtaksmynde til lågast mogelege nivå, involvering av kommune- og fylkesnivå, helse- og samfunnskompetanse i sjukehusa sine styre og sjølvstende lokalt før regionalt føretaksnivå, er gode grep for å sikre demokratisk og politisk medverknad.

Deltaking i styrande organ på tvers av nivå er ein god mekanisme for utveksling av kunnskap og erfaring. Fordelane må balanserast mot potensielle ulemper som maktkonsentrasjon hos få personar kan gi. Helse Bergen støttar difor utvalet si tilråding om at leiarar i regionale helseføretak ikkje samstundes har leiarverv i andre regionar sine helseføretak, eller at tilsette i regionale helseføretak har styreverv i underliggende helseføretak.

Helse Bergen støttar utvalet si vektlegging av sjukehusa si rolle i samfunnsspørsmål utover dei lovpålagte oppgåvene. Lokalisering av sjukehus har innverknad på blant anna arbeidsmarknad og busetnad. Utvalet har omtalt spørsmål om funksjonsdeling mellom sjukehus i samband med fleire av problemstillingane, men har ikkje foreslått konkrete tiltak knytt til dette. Den medisinske utviklinga med stadig større spesialisering, behov for meir medisinteknisk utstyr og høgare forventning til kompetanse og kvalitet i sjukehusa samt ressurskrevjande vaktordningar gjer at det er utfordrande å oppretthalde ein desentralisert sjukehusstruktur. For medisinteknisk utstyr som er særleg kostbart og krev høg-spesialisert kompetanse kan meir sentralisert drift gje betre ressursutnytting. Helse Bergen meiner sentralisering av funksjonar er viktig og riktig for å styrke pasientbehandlinga framover. Spørsmål om funksjonsdeling er utfordra gjennom Helsepersonellkommissjonen sitt arbeid, og er eit døme på tema der ein må vurdere dei to NOU-ane i samanheng.

Helse Bergen støttar forslaget om at verksemdar som driv pasientbehandling skal omtalast som sjukehus og ikkje som helseføretak. Samhandlingspartane i kommunar og fylke bør få medverke i diskusjonar om namneval, heller enn at dette skal følgje eit sentralstyrt format. Kostnader knytt til namneendringar må vurderast før ein eventuelt går vidare med tiltaket.

Helsefelleskap og samhandling med kommunehelsetenesta

Helse Bergen er einig i behovet for stabil finansiering av samhandlingstiltak og mekanismar som legg til rette for overgang mellom tidsavgrensa samhandlingsprosjekt til drift. Forslaget om øymerka samhandlingsbudsjett er godt, men så langt utan føringar utover semje om bruken av midlane. Om slike samhandlingsmodellar skal prøvast ut, er vi einige i at Helsefelleskapet er rett arena for å identifisere behov og prøve ut tiltak. Både modellane og dei enkelte tiltaka som skal prøvast ut må evaluerast. Innsatsen må gi betre tenester for pasientane.

Vår erfaring er at kommunane og sjukehuset har felles ønske om eit koordinert tenestetilbod der pasientane får behandling på rett nivå til rett tid. Konstruktive dialogar om behov for sjukehusbehandling og oppfølging i kommunane før og etter utskrivning, er avgjerande. Kommunane betalar i dag for utskrivingsklare pasientar som ikkje skrivast ut frå sjukehuset. Vi meiner det framleis er behov for dette virkemidlet. Samstundes kan effektar av ordninga variere mellom tenesteområda, og slike tiltak må difor diskuterast og tilpassast. Gode tiltak gjennom stimuleringsmidlar til samhandling kan redusere behovet for betalingsplikt på sikt, men etter vårt syn er det stor risiko ved å fjerne ordninga med betalingsplikt no.

Fastlegeordninga er avgjerande for å sikre heilskaplege pasientforløp, og fastlegane er svært viktige samarbeidspartar for spesialisthelsetenesta. Vår erfaring er at praksiskonsulentordninga, der fastlegar har ein deltidstilling i sjukehuset, er eit godt tiltak for å bidra til god samhandling mellom fastlegar og sjukhus. Vi trur det er behov for å styrke og auke legitimiteten til denne ordninga.

Finansiering av sjukehusbygg

Helse Bergen støttar at føretaka framleis skal jobbe med drift og investering i samanheng. Dette gir både handlingsrom og ansvar.

Redusert krav til eigenkapital

Redusert krav til eigenkapital gir handlingsrom for bygginvesteringar, men også større økonomisk risiko gjennom rentekostnader og gjeld. Sidan sjukehuset må vere økonomisk berekraftig er det usikkert i kva grad eit slikt tiltak vil gje auka investering i bygg.

Endring av rentemodell

Ein av barrierane mot investeringar er usikkerheit knytt til kostnader på lån. Vi er einig i at endringa av rentemodell vil gje meir føreseieleg økonomistyring og støtter difor eit slikt tiltak. Eit anna grep for å betre rammevilkår for investering kan vere å redusere gjeldsbyrda, til dømes gjennom å gjere om langsiktig gjeld til eigenkapital.

Endring av kostnadskomponent i inntektsfordelingsmodell

Kostnadskomponent skal kompensere for kostnadsulemper utanfor føretaket sin kontroll, det vil seie kostnader som sjukehuset ikkje kan påverke. Helse Bergen stiller spørsmål om avskrivingskostnader kan definerast som ein ufrivillig kostnad. Slike kostnader er i stor grad konsekvens av avgjersler som er gjort i sjukehuset.

Gjennom kostnadskomponenten vert regionssjukehus og universitetssjukehus kompensert for eit høgare kostnadsnivå som følgje av mellom anna funksjoner som varetaking av høgt spesialiserte tenester, utdanning, forskning med vidare. I ein budsjettøytral modell vil kompensasjon for slike forhold bli lågare om avskrivingskostnaden vert inkludert i komponenten. Det vil gje ein omfordeling frå sjukehus med høg aktivitet innan til dømes utdanning og forskning, til sjukehus med store avskrivingskostnader for eksempel på grunn av ny bygningsmasse. Vi trur dette kan gje uheldige utslag.

Helse Bergen meiner følgjande risiko ved å gjere bygginvesteringar meir tilgjengeleg må vurderast:

- 1) Det kan skape for sterke insentiv for å bygge nytt
- 2) Nyinvesteringar kan bli eit strategisk grep for å førebygge endringar eller funksjonsdeling
- 3) Ein vil redusere fokus på andre verkemiddel for strukturelle endringar og grep for å betre drift
- 4) Det må klargjerast om forslaga og vil gjelde investeringar i teknologi, IKT, med meir.

Til punkt 4 vil vi understreke at investering i IKT og medisinteknisk utstyr er viktig. Der er behov for å investere i teknologi, både for å halde tritt med medisinsk utvikling og for å handtere utfordringar knytt til kvalifisert personell. Utstyr i bruk kan vere utdatert før det er slitt ut, og kompetanse til å bruke nytt nye IKT-system og nytt medisinteknisk utstyr er ein føresetnad for å få utbytte av investeringane. Helse Bergen meiner det er uklart om dei økonomiske justeringane knytt til bygg og vil vere til hjelp for desse behova.

Rammene for investering er difor relevant utover finansiering av bygg, slik som utstyr, teknologi og utskiftingar innan eksisterande byggmasse.

Redusert marknadstenking

Valmoglegheit og styring

Helse Bergen vil peike på at det er mindre rom for marknadstenking i sjukehus som har ansvar for nødvendige sjukehusstenester til heile befolkninga i regionen – innan somatikk, psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) – og for pasientar i alle aldersgrupper. Innslag av marknadstenking kan vere større i dei private ideelle og kommersielle sjukehusa som kan tilvise pasientar vidare til regionssjukehuset.

Det er i denne samanheng viktig at det regionale helseføretaket tar ansvar for at alle som leverer helsetenester på oppdrag frå dei, innrettar sitt tenestetilbod i tråd med prioriteringskriteria for helse- og omsorgstenesta. Det er etter vårt syn viktig med overordna styring av den samla kapasiteten i spesialisthelsetenesta, for å levere trygge helsetenester av god kvalitet på ein mest mogleg ressurseffektiv måte.

Manglande overordna styring kan for eksempel føre til at dyrt medisinteknisk utstyr har lav utnyttingstid, fordi aktiviteten blir spreidd på for mange stader. Slik måte å organisere tenesta på vil også kunne føre til at behovet for helsepersonell aukar, noko Helsepersonellkommissjonen er heilt tydeleg på at ikkje er berekraftig.

Helse Bergen har den siste tida blitt meir involvert når Helse Vest lyser ut heimlar for avtalespesialistar eller skal inngå avtaler med private ideelle eller kommersielle aktørar. Dette er ei god utvikling i retning betre samhandling med private aktørar om hensiktsmessig funksjonsdeling og gode pasientforløp. Det er likevel viktig at det regionale helseføretaket følgjer opp om leverandørane innrettar tenestene etter gjeldande prioriteringskriterier.

ISF-systemet

Utvalet foreslår at rammefinansiering skal vere hovudfinansieringsmodellen. Helse Bergen meiner at dette er tilfellet allereie i dag. Innsatsstyrt finansiering (ISF) utgjer per i dag 20% av samla løyving til sjukehuset totalt. Overgang til større del rammefinansiering kan redusere økonomisk risiko for staten og auke risiko for føretak.

Rammefinansiering tar heller ikkje bort behovet for å fokusere på økonomi, og kan vri fokuset ytterlegare mot kostnadskontroll. Det er difor viktig å ha med seg positive effektar av ISF-finansiering, som gir insentiv for aktivitet, registrering og koding.

Auka aktivitet fører til at fleire pasientar som har behov for helsehjelp får slik hjelp frå “felleskapets sjukehus”. Registrering og koding bidrar også til auka pasienttryggleik, samstundes som det gir viktig styringsinformasjon og dannar grunnlag for kvalitetsforbetring av tenesta etter «Forskrift for leiing og forbetring i helse- og omsorgstjenesten». Å redusere desse insentiva kan gje andre kostnader for å sikre eit

godt grunnlag for styring og utvikling. Helse Bergen meiner ei hovudutfordring med ISF er at systemet no er for lite fleksibelt og at endringar krev for omfattande og tidkrevjande prosessar.

ISF er viktigare i dei delane av verksemda som har ISF-finansiert aktivitet, og varierer mellom fagområde i føretaka. Høgare grad av ISF i somatikk enn psykisk helsevern og TSB kan gje sterkare insentiv til å auke aktivitet i somatiske avdelingar. På den andre sida vil auke i aktivitet innan psykisk helsevern og TSB i sum kunne gje økonomisk tap, då inntektene gjennom aktivitet ikkje veg opp for kostnadane for personell.

Vi støttar utvalet i at fagnettverk bør nyttast i større grad. Desse meiner vi blir viktigare i prioriteringsdiskusjonane framover og for å sikre at tenestene ein leverer er fagleg forankra og tilpassa behovet. Dei regionale nettverka for laboratorietenester, for radiolog og for intensivmedisin i Helse Vest er gode døme på slike nettverk.

Resultatbasert finansiering

Konsekvensane og den faktiske bruken av resultatbasert finansiering er lite detaljert omtalt i rapporten. I kva grad og korleis resultatbasert finansiering kan erstatte insentiva for aktivitet som no ligg i ISF-systemet, er uklart.

Mål- og resultatstyring

Helse Bergen er einig i at dokumentasjon av helsehjelp i pasientjournal, medisinske kvalitetsregistre og oversikt over sjukdomsførekost er avgjerande for å ivareta krav til fagleg forsvarleg verksemd og systematisk kvalitetsforbetring. Det er viktig å skilje dette frå mål- og resultatstyring, og at klinikarane ser arbeidet med dokumentasjon av pasientmøta som ein integrert del av klinisk arbeid. Det er bra at utvalet peiker på behovet for betre IKT-verktøy der funksjonalitet, enkel bruk og driftssikkerheit lettar arbeidet med dokumentering for personell som jobbar med pasientbehandling.

Det er meningsfullt å jobbe mot dei overordna måla for helsetenesta, og vi ser at målstyring gir sjukehuset handlingsrom til å løyse oppgåvene på den måten fagmiljøet meiner vil gi best resultat for våre pasientar. Vi støttar at det er behov for årlege systematiske gjennomgangar av dei nasjonale kvalitetsindikatorane, slik at dei reflekterer måla vi har satt oss.

Fleire fagmiljø har god erfaring med klinisk fagrevisjon og formatet liknar grunnleggande prosessar vi har kontinuerleg for fagleg utvikling i sjukehusa. Helse Bergen er einig i at klinisk fagrevisjon er eit godt middel for å evaluere og korrigere verksemda. Det er samstundes uklart korleis meir bruk av klinisk fagrevisjon i praksis vil bidra til mindre mål,- og resultatstyring, heller enn å komme i tillegg til dette.

Leiarstillingar og leiarstruktur

Helse Bergen støttar at utvalet ikkje gir klare tilrådingar knytt til leiarstillingar, nivå og spenn i sjukehusa, men legg vekt på sjukehusa sitt handlingsrom for å tilpasse organiseringa til drifta. Det er eit godt prinsipp å unngå rigide lovreguleringar når det gjeld slike organisatoriske spørsmål, slik at tilpassing til lokale forhold og helseføretaka si autonomi kan ivaretakast. Helse Bergen meiner ein leiarstruktur med flat struktur og korte avstandar har vore viktig for styringa av føretaket.

Ei vid forståing av kravet om einsarta leiing er viktig for å ivareta autonomien i sjukehusa. Utvalet vurderer at tverrgåande organisering, koordinatorar, matriseorganisering og etablering av team ikkje er i konflikt med prinsippet om einsarta leiing. Dette gir eit godt utgangspunkt for tilpassing av leiarstruktur til dei lokale forholda.

Vi er også einige i at det må leggjast til rette for at leiarar og leiarteam kan bruke tid på leiing. Effektiv støtte frå stab og gode IKT-verktøy kan bidra til å frigjere tid.

Oppsummering

Utvalet synleggjer mangfaldet i kva som påverkar om spesialisthelsetenesta når måla sine, og forslaga til tiltak har stor breidde. Helse Bergen meiner fleire av tiltaka, og konsekvensane av dei, må gjerast tydelegare før ein veit kva effektar dei vil ha og kan vurdere dei. I eit komplekst system kan og samansetninga av fleire tiltak og grep ha meir å seie enn tiltaka enkeltvis. Gode tiltak for ei isolert problemstilling, kan ende opp utan effekt på grunn av andre endringar og avhengigheiter.

På same vis som utvalet syner utfordringa med å eintydig svare på kva effekt helseføretaksmodellen har hatt, er det vanskeleg å på førehand seie kva effektar framlegga til tiltak i denne NOU-en vil ha. For fleire av dei sentrale spørsmåla må innhaldet i denne NOU-en sjåast i samheng med andre arbeid og diskusjonar, slik som Helsepersonellkommissjonens rapport, ny Helse- og samhandlingsplan, Gjennomgang av allmennelegetenesta med meir. Desse legg og viktige premisser for arbeidet med å styrke «Fellesskapet sjukehus».

Vidare utvikling må difor skje gjennom diskusjonar av tematikken utvalet har jobba med. I desse diskusjonane er det vesentleg at helseføretaka (eller i framtida; «sjukehusa»), har gode føresetnader for å leie, styre og utvikle gjennom brei deltaking og medverknad. Helse Bergen meiner utvalet sin samla gjennomgang av organisering, styring, leiing og utvikling av spesialisthelsetenesta gir eit godt grunnlag for informerte diskusjonar framover.

Vennleg helsing

Eivind Hansen
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

Digital kommunikasjon

Vi har elektronisk saksbehandling og er opptekne av at informasjon, også underlagt teieplikt, skal kunne sendast på ein rask og sikker måte. Vi ber derfor om at eit eventuelt svar på denne førespurnaden blir sendt gjennom ein av desse kanalane:

- Privatpersonar og private verksemder: [eDialog](#)
- Offentlege verksemder: eFormidling (via eige saks-/arkivsystem)